

Observando la mente del analista. Diseñando el camino terapéutico para un paciente con un self deficitario

Observing the Analyst's Mind. Designing the Therapeutic Path for a Deficient Self Patient

María Elena De Filpo Beascoechea
Psicoterapia Psicoanalítica en ámbito privado, España

Resumen: Este artículo pretende mostrar cómo va procesando la mente del analista lo que sucede en sesión, hasta ir creando un diseño de camino terapéutico a seguir con un paciente de 24 años, cuyo caso clínico se presenta. Al mismo tiempo se van seleccionando aquellos conceptos y técnicas específicas de acuerdo a las hipótesis y al diagnóstico dimensional que va manejando el analista. A medida que se van explicitando las hipótesis que el terapeuta va elaborando en su mente, se revelan aquellos conceptos teóricos que las apoyan. Antes de presentarse el caso clínico, se desarrolla una aproximación a la concepción teórica desde la cual el analista va a pensar y procesar lo que en sesión va sucediendo y que será la base para la comprensión de este trabajo. *Palabras clave:* Psicoterapia Psicoanalítica. Patología por déficit. Déficit del self. Diagnóstico. Regulación Emocional. Intervenciones afirmativas. Transformación referenciada. Cambio terapéutico. Tratamiento.

Abstract: The purpose of this article is to show how the mind of an analyst processes what is occurring in a session, gradually creating a design of the therapeutical path to follow. Therefore, the presentation of a 24 year old patient's case is presented. At the same time there is a specification of the concepts and techniques selected in relation to the hypotheses and dimensional diagnosis which the analyst is working with. As these hypotheses which the therapist gradually develops are made explicit, the theoretical concepts which support them are revealed. Before presenting the clinical case, there is an approach to the theoretical concepts from which the analyst will think and process what is occurring during the session, which will form the basis for the better understanding of this presentation.

Keywords: Psychoanalytic Psychotherapy. Deficit pathology. Deficit of self. Diagnosis. Emotional Regulation. Affirmative interventions. Referenced transformation. Therapeutic change. Treatment.

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a la autora al e-mail: marieladfb@gmail.com

Este trabajo consistirá en transmitir cómo se irá diseñando el camino terapéutico para un paciente de 24 años, dónde se pondrá el foco y cuáles serán los aspectos en los cuales el analista va a centrarse. Luego de leer la presentación de las primeras entrevistas diagnósticas del caso clínico, inevitablemente, cada lector pensará en diferentes aspectos y en diversos modos en que encararía este trabajo, pero la intención del artículo es mostrar cuál ha sido el proceso específico que ocurrió en la mente del terapeuta tratante y qué aspectos se han privilegiado para decidir cómo trabajar. Veremos cómo va procesando su mente lo que sucede en sesión hasta ir creando un diseño de camino terapéutico a seguir con este paciente. Al mismo tiempo se seleccionan aquellos conceptos y técnicas específicas de acuerdo a las hipótesis y diagnóstico que se irán elaborando. A medida que van apareciendo las hipótesis del analista, se intercalan los conceptos teóricos que las apoyan.

Presentación del marco teórico

El marco teórico de este trabajo parte de:

“los últimos avances en Psicoterapia Psicoanalítica que tienen como objetivo prioritario adecuar permanentemente la práctica a la variedad de cuadros psicopatológicos que se presentan en la clínica y desde un modelo integrador que da cuenta de la complejidad del psiquismo y de los modos específicos de intervención frente a los trastornos que presentan nuestros pacientes, con el fin de lograr el cambio terapéutico. Este aporte tan original e importante dentro de los desarrollos en psicoterapia psicoanalítica es el Enfoque Modular Transformacional, de Hugo Bleichmar (E.M.T.)”. (De Filpo Beascoechea, 2011, p. 1).

También se toman en cuenta los aportes de Kilgus (1989), en su obra *Conflicto y déficit* especialmente, el desarrollo sobre la patología por déficit, sus características y modos de abordaje terapéutico.

Modelo Psicopatológico desde el Enfoque Modular Transformacional (E.M.T.)

El modelo psicopatológico desde el E.M.T. explicita y desarrolla los múltiples sistemas motivacionales que ponen en marcha e impulsan la conducta y la formación de síntomas, analizando el papel de la agresividad y de los sistemas defensivos. Todos estos sistemas tienen una dinámica propia y además se articulan y relacionan entre sí, configurando un mapa específico en cada caso.

El sistema motivacional sensual- sexual está referido a aquél que responde a los aspectos de la psicosexualidad tanto de los desarrollos freudianos como post- freudianos. Incluye las necesidades o deseos sensuales y también sexuales.

El sistema motivacional del narcisismo, sistema de la autoestima, donde el otro es un elemento constitutivo por el reconocimiento y valoración de la persona. Se articula con los otros sistemas pero tiene autonomía. Abarca lo vinculado a la autoestima, el autoconcepto y la autovaloración.

El sistema motivacional del apego es el sistema que se activa ante una situación vivida como amenazante y genera una conducta de búsqueda de protección. Se basa en los conceptos de Bowlby (Marrone, 2001) sobre la necesidad vincular del sujeto y la vivencia de seguridad que el objeto de apego le produce. Existe una ampliación de estos conceptos agregándose la temática de la intimidad y sus varios matices. (Méndez e Ingelmo, 2009).

El módulo de la hetero-autoconservación está referido a las necesidades de cuidado del otro y de sí mismo, pero no sólo desde un orden biológico sino también en todo aquello que le proporcione al sujeto seguridad en su supervivencia y la de los otros significativos.

El sistema de la regulación psicobiológica se refiere a todo lo relacionado con la regulación de la ansiedad, ampliado a todo aquello que afecte al equilibrio emocional y se active en el nivel neurovegetativo.

La posición del analista tendrá una amplia posibilidad de abordaje específico con intervenciones diferenciadas, en este caso, con el aporte de la conceptualización de patologías por déficit. Su posición será más o menos activa, desde un planteamiento ético que regirá su labor manteniendo la neutralidad. Una neutralidad que no

deja fuera la posibilidad de una mayor implicación en algún momento de la sesión que así lo requiera. Las intervenciones se harán teniendo en cuenta el *timing* y la especificidad del caso. Estas intervenciones siempre tienen que ver con sus esquemas referenciales teóricos.

Acerca del cambio terapéutico, en la presentación de este trabajo, mostrando cómo mi mente procesa la información, se toma en cuenta que la articulación de los diferentes componentes constituirá:

“Una configuración psicopatológica particular y de personalidad donde no hay lugar para las intervenciones uniformes y monocordes, llegando a un diagnóstico dimensional que permite la comprensión más amplia y específica ayudando a construir una arquitectura propia para cada sujeto.

Desde la teoría de la cura, Bleichmar se va fijando un doble objetivo, ambos igual de importantes: ampliación de la consciencia, modificación del inconsciente. El primero es el que está más estudiado y que todos conocemos en psicoanálisis como el insight afectivo, se refiere a hacer consciente lo inconsciente. El instrumento por el que se llega a él es la interpretación del analista. El segundo, modificación del inconsciente, se refiere a lo que llama cambio en la acción”. (De Filpo Beascoechea, 2011).

El otro autor al que se hará referencia será Bjorn Killingmo (1989) quien en *Conflicto y déficit -Implicancias para la técnica-*, reconoce dos mecanismos patológicos: el del *conflicto* y el del *déficit*. Plantea que la patología basada en el déficit se caracteriza por las fallas intrasistémicas, configurando una estructura defectuosa del sí mismo. El yo ha sido dañado en su propia evolución produciéndose fallas tales como la falta de constancia del objeto, difusión de la identidad, la escisión y la falta de capacidad para relacionarse emocionalmente con los objetos. Para él, la patología por conflicto implica un cierto grado de diferenciación estructural, tanto de ello, yo y superyó, como dentro del mismo yo. Por tanto, indica que si esta diferenciación no existiera, el niño no tendría la capacidad para poder experimentar y representar la *intencionalidad primaria*, que se da cuando el sí mismo se representa como centro responsable de sus impulsos, acciones y sentimientos. Es decir, que no hay un significado intencional. El yo ha sido dañado en un momento de su evolución en el que no se ha desarrollado aún su capacidad para representar causas y efectos ni tampoco su capacidad para experimentar al sí mismo como responsable de sus vivencias.

La falta de diferenciación sumerge al yo en un estado de confusión y de sentimientos de vergüenza y culpa. En la patología basada en el déficit, uno se defiende contra la angustia de fragmentación, contra la pérdida de la propia sensación de identidad. Pero en pacientes con déficit se da lo que llama *intencionalidad secundaria*: una persona con déficit no puede experimentar de forma primaria sus malas intenciones, pero sí de forma secundaria. Clínicamente puede aparecer un índice de sentimiento de culpa, indicio de intencionalidad primaria, pero que no se experimenta como propio desde un inicio, sino que es autoimpuesto posteriormente, para eliminar una confusión.

Para este autor, el trabajo terapéutico consistirá en ayudar al yo a experimentar el significado mismo y por ello buscará la diferenciación entre sí mismo y objeto, los cuales están distorsionados o difusos, y contribuir a la construcción de las relaciones objetales que aún no se han logrado constituir en su desarrollo.

Para este objetivo, una de sus recomendaciones son las *intervenciones afirmativas* que implican una validación de las experiencias vividas por el paciente pero que nadie ha significado nunca (Bleichmar, 1997).

En la transcripción de los diálogos del caso clínico, T será equivalente a terapeuta, y J a paciente. Los pensamientos del terapeuta sobre las hipótesis que va elaborando a nivel mental, estarán en cursiva y entre paréntesis. Al terminar el párrafo de pensamientos del analista, se incluirá un cuadro de síntesis de los mismos que se irá numerando.

Caso Clínico

Julián, de 24 años, es el cuarto hijo de una familia de cinco hijos, de padres muy ortodoxos y dogmáticos, sobre todo en materia de moralidad. Viene diagnosticado por un psiquiatra y medicado con un ansiolítico y un antidepresivo.

Julián concurre a la primera entrevista puntualmente. Veo en él a alguien muy perturbado. Cuando está pensando o habla no me mira. Sí lo hace cuando yo le hablo. Tiene todo el tiempo expresión de sufrimiento, como que todo le cuesta mucho. Transmite una vivencia dramática de todo lo que cuenta.

Me pregunto si está excesivamente medicado. Está diagnosticado de varios problemas somáticos relacionados con la ansiedad.

La entrevista transcurre en un clima intenso, hay silencios cargados de angustia y dolor, debo preguntar para indagar, ya que Julián es muy silencioso y está casi toda la entrevista llorando, acongojado. Dice que hace unos años, la familia le contó que una de sus hermanas había sufrido acoso laboral y sexual y que esto a él lo deprimió y lo desestructuró. Dice que todos lo sabían menos él. Empezó a sentir mucha rabia de que no le hubieran contado, sintiendo que era el único que no sabía. Su vivencia era que, al no ponerlo al tanto de lo sucedido, le habían impedido ser más comprensivo con su hermana por la que sentía celos, dado los tratos especiales que recibía. Se había quejado y había criticado mucho a su hermana en esas épocas sin saber lo que le había ocurrido ya que veía que recibía un trato especial y eso le daba mucha rabia. Así que al enterarse del hecho del que ella había sido víctima, se cargó de furia con su familia porque se sentía culpable de haber tratado mal a su hermana por no saber lo que ésta estaba viviendo. Dice que de haberlo sabido, no hubiera sido con ella tan desconsiderado.

J: Cuando pensaba que me habían ocultado lo de mi hermana me daba mucha rabia porque yo esos años peleé mucho con ella, mi familia venía a defenderla, yo consideraba todo eso injusto, y peleaba más para ver si

T: ¿Si qué?

J: Si lograba más apoyo un día estallé. Todos actuaban como si fuera todo normal. Un día exploté ante la exigencia. No me apoyaban de ninguna manera y fue cuando mi hermana me lo dijo. Yo estaba preparando un trabajo y mi familia hacía como si fuera normal y me exigía. Estallé enfadado porque no me apoyaban (*lo cuenta muy acongojado*) como si no hubiera logrado nada, y gritaba y llegué a recriminarle cosas a mi hermana.

Le pregunto qué razón piensa él que ellos tendrían para no contarle lo de su hermana, pero no sabe de ello. No se imagina, sólo puede interpretar que lo han dejado fuera.

(Yo siento, durante la entrevista, que debo estar ahí, disponible ante un paciente que está hablando mientras transmite un estado de angustia desorganizante, y que el hecho de escucharlo parece organizarlo. Además voy viendo que el paciente se presenta como víctima, culpando a los demás de su rabia y su angustia. También, que Julián no tiene consciencia de su grado de implicancia en las reacciones que puede provocar en los demás, qué cosas de él pueden tener que ver con la forma en que los demás lo tratan. No sabe nada sobre esto).

Pensamientos del terapeuta 1

- Su angustia es desorganizante.
- Escucharlo parece organizarlo.
- Debo estar disponible construyendo un ambiente confiable.
- Se presenta como víctima.
- Culpa a los demás.
- No sabe de su influencia en la conducta de los demás.

Durante la primera entrevista, habla de sus síntomas de ansiedad que además le provocarían varios síntomas psicosomáticos. También comenta sobre lo agudizado de su malestar ya que en esos días ha sido despedido de su trabajo y se siente muy decaído.

Le pregunto sobre el motivo del despido y dice que pretendían despedirlo para recontratarlo por menos sueldo.

J: Quise negociar, me forzaron, sentí mucha presión y pedí que no me llamaran más.

(Vemos que el motivo desencadenante de la consulta parece ser el despido y su decaimiento por haber perdido el trabajo. Este hecho actual, coexiste en su mente con la noticia del acoso sexual y laboral sufrido por la hermana. Aunque este acontecimiento ha sucedido hace tiempo, también es parte de su malestar actual.

Tanto en esta primera entrevista como en las siguientes, continúo con un método de interrogación exploratoria, tratando de escuchar sus estados emocionales profundos, como método para conocer más sobre él y también como modo de comunicación).

Motivo desencadenante de la consulta

- Despido.
- Enterarse del acoso laboral y sexual sufrido por su hermana.

Toda esta vivencia se mezcla con sentimientos de poca valoración por parte de los miembros de su familia, que, según Julián, lo dejan fuera, no lo toman en cuenta y no lo valoran.

En su relato, hay quejas reiterativas sobre que son muchos en la casa, y que él necesita tener un lugar propio, donde no haya que compartir los espacios.

Manifiesta una serie de situaciones en las que queda claro que no puede compartir con su familia momentos de intimidad, como por ejemplo, la cena. Llega a sentir una gran presión que puede desembocar en una ‘explosión’ por cualquier motivo. Estos episodios los racionaliza diciendo que no le gusta que los padres impongan cómo deben ser las cosas. Su reacción suele ser siempre la misma: se siente presionado, y luego de una explosión verbal y emocional, se levanta y se va a su habitación.

(Ya voy viendo en Julián una tendencia al aislamiento frente a situaciones donde se desencadena en él una desregulación emocional importante y estados de ansiedad desorganizantes, donde nada es preciso de identificar.

Recuerdo a Winnicott, quien dice: “el estado de retraimiento es una organización defensiva que implica la expectativa de persecución” (Winnicott, 1965, p. 36). Él busca estar solo, pero no tiene la capacidad de la que nos habla Winnicott:

“La capacidad para estar solo es un fenómeno sumamente refinado que aparece en el desarrollo de la persona después del establecimiento de relaciones bipersonales, o bien es un fenómeno de la vida temprana que merece un estudio especial en cuanto constituye la base de la soledad refinada”. (Winnicott, 1965, p. 38).

Para lograrla se requiere la experiencia básica de estar a solas, en la infancia y la niñez, en presencia de la madre, sostenedora y confiable, equivalente a un ambiente con esas características. En esto, vemos un déficit en Julián, pues no se ha desarrollado esta capacidad, su estar solo es defensivo.

Esta relacionalidad del yo (relación entre dos, donde uno está a solas) es la relación que mantengo con Julián en las sesiones: yo estoy disponible, y permito a Julián estar a solas en mi presencia confiable, permitiendo experimentar -término que intenta nombrar la experiencia tomando en cuenta las variables tiempo y continuidad- en cada sesión una soledad libre de retraimiento, sin tensión).

Respecto de su pareja, en estos momentos tiene una novia desde hace unos meses. Le cuesta mucho la relación. Tienen episodios de incomprensión por problemas de comunicación. Me habla de otras novias pero en realidad nunca ha mantenido una relación estable. Si salía con una chica duraba poco. Los motivos de la ruptura no los manifiesta claramente. Solo dice que no duraban demasiado porque o lo dejaban o a él le dejaba de interesar la relación.

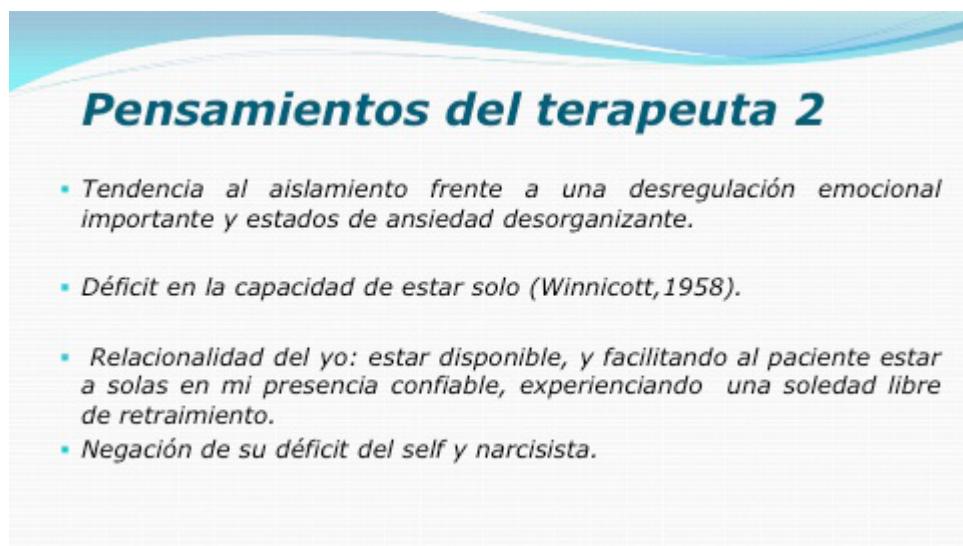
Le pregunto qué razón le daban cuando lo dejaban, y me dice: “una me engañó así que ya no me interesaba”.

Se puede apreciar una gran dificultad para vincularse. Julián nunca tuvo amigos. Siempre fue muy tímido, muy solitario. Empiezo a indagar y veo que ya tuvo depresión en el secundario y luego en la universidad.

Las interrogaciones exploratorias me van dando muestras de que tiene un mecanismo por el cual pone los motivos de sus depresiones siempre en la familia o los otros, los culpa. Un ejemplo de ello es lo que narra acerca de cuando entró en la universidad. Racionaliza sus estados depresivos diciendo que se deprimió porque sus hermanos hacían bromas con que su carrera no era importante, o que cuando entró en la universidad se dio cuenta de que, ni el nivel de los profesores ni el de la carrera eran satisfactorios para él.

Julián no puede entender las bromas, las toma de forma literal y dramática, se ofende o se siente dolorido y las vive como una descalificación o falta de valoración.

(Aquí vemos un grado de vulnerabilidad del self muy marcado y negación de su déficit del self y narcisista).



Pensamientos del terapeuta 2

- Tendencia al aislamiento frente a una desregulación emocional importante y estados de ansiedad desorganizante.
- Déficit en la capacidad de estar solo (Winnicott, 1958).
- Relacionalidad del yo: estar disponible, y facilitando al paciente estar a solas en mi presencia confiable, experimentando una soledad libre de retraimiento.
- Negación de su déficit del self y narcisista.

Antecedentes familiares importantes

Julián ha recibido una educación donde la sexualidad es vivida como pecado, masturbarse también lo es, defenderse es ser ‘malo’, “hay que poner la otra mejilla” una educación en lo moral y la sexualidad, muy estricta. Dice que a él lo persiguió mucho toda su vida el tema de la sexualidad. Sus relaciones sexuales son vividas por él con culpa y presenta eyaculación precoz.

Dice que no puede hablar con los padres, que hace mucho que no puede hablar con la familia y menos aún desde que se enteró que no le habían contado lo de la hermana.

Veo lo difícil que es para él hablar con la familia y manejar de forma asertiva sus diferencias o pareceres. No tiene recursos y lo único que puede hacer es encerrarse y aislarse.

De sus padres me dice que son personas muy cuadrículadas, y que las cosas tienen que ser como ellos dicen (es decir, con un grado de rigidez importante) y siente que no lo entienden.

Le pido una escena reciente para ejemplificar esto que dice, y narra una escena de esta semana. Su hermano, que vivía fuera, volvió a la casa de sus padres de sorpresa, de improviso. Esta situación lo descolocó. Ellos deben compartir habitación, que es donde Julián además trabaja. Cuando se dio cuenta de que su hermano se quedaría allí, tuvo un ataque de ansiedad. Dice:

J: no puede ser que me tenga que adaptar a mi hermano, que se le ocurre regresar sin avisar () mi madre dijo que él tenía derecho a estar en la casa.

Cuando la madre le marca que su hermano tiene tanto derecho como él, es cuando empieza a sentir rabia y dice que la siente porque la madre, al decirle eso, lo muestra como alguien que quiere echar a su hermano.

(Se defiende persecutoriamente porque siente que lo ven malo y él no quiere serlo)

Toda esta escena la cuenta llorando, con una gran angustia. Siente que no lo entienden y que él no quisiera echar al hermano sino que lo que necesita es un espacio donde no tenga que compartir.

Le digo que entiendo que para él es muy difícil reacomodarse a una situación inesperada y que cambia bruscamente su estabilidad de funcionamiento; que para él hubiera sido importante que su madre lo entendiera así, y que lo que la madre le dice, él lo vive como un juicio de valor hacia él; que lo violenta sentir que lo juzgan. Me mira complacido.

(Un dato importante: voy notando que cuando le devuelvo lo que entiendo que le pasa desde su vivencia, más allá de si es o no adecuado, se dibuja en su cara una sonrisa. Este es un dato importante porque, así como hay una hipersensibilidad que lo hace aislarse, también hay una respuesta emocional rápida cuando se siente entendido. Y eso es de buen pronóstico.)

En esta escena podemos ya vislumbrar un grado de vulnerabilidad del self muy grande y, ante la desregulación emocional, los intentos por regularse a través del aislamiento. Él, con el aislamiento, trata de lograr un cierto equilibrio de su estado psíquico alterado.

Voy viendo que es una persona con múltiples dificultades interpersonales, de contacto, siendo aparentemente tan rígido como sus padres.

Me pregunto: ¿No tolera nada porque es rígido como sus padres, por identificación, o no tolera porque no tiene recursos para afrontar los cambios? Quizás ambas cosas, pero ¿dónde voy a poner el foco, en la desidentificación o en la adquisición de recursos?

Puedo identificar ya mecanismos como: la racionalización, aislamiento y vivencias de ataque interpersonal -él se siente atacado por la madre porque ésta le dice que su hermano tiene derecho a vivir en su casa y piensa que al decírselo lo está calificando como una mala persona-).

Otro ejemplo de ello es el hecho de que frente a la noticia de lo sucedido a su hermana, él se angustia pero arma la racionalización paranoide que justifica su descompensación emocional. Esta racionalización es que está enfadado con su familia porque no le han dicho la verdad en su momento y porque lo han dejado fuera, no valorándolo, cuando lo más probable sea que la familia no le ha contado porque lo verán vulnerable.

Podríamos ir pensando que estamos en presencia de estados emocionales precarios, presimbólicos, en el nivel automático, con un grado elevado de vulnerabilidad: a la mínima variación de su esquema rígido de funcionamiento, se siente atacado y entra en una descompensación paranoide).

Ha vivido lejos de su familia fuera de Madrid, compartiendo piso y también viviendo solo pero siempre buscando contacto. Ahora que está en su casa, se pasa muchas horas en el ordenador y en su habitación. Un dato importante es que, tanto su experiencia de estar solo fuera de Madrid, como la de estar aislado en su propia casa, son ambas experiencias vividas con tensión y ansiedad

Refiere que su padre estaba preocupado por esta actitud de aislamiento.

Le pregunto por qué piensa que su padre estaba preocupado (mi pregunta es, otra vez, buscando indagar sobre su capacidad para sentir su self como núcleo de sus experiencias). Me cuenta que el padre se acercó a hablar con él, le dijo que no podía pasarse tanto tiempo en el ordenador, que le iba a distorsionar la mente y que ellos muchas veces no le decían las cosas porque él les daba miedo.

Le pregunto sobre su percepción acerca del motivo que tienen los padres para que les dé miedo decirle las cosas, pero no es consciente de algún grado de responsabilidad o característica de su personalidad que los lleve a tal sentimiento.

Pensamientos del terapeuta 3

- Dato de buen pronóstico: respuesta emocional rápida cuando se siente entendido.
- Vulnerabilidad del self elevada.
- Intentos de regulación a través del aislamiento.
- Múltiples dificultades interpersonales.
- Rigidez: ¿por identificación o por falta de recursos? ¿o ambos?
- Vivencias de ataque interpersonal.
- Estados emocionales presimbólicos, en el nivel automático.
- Descompensación paranoide ante desregulación emocional.
- Mecanismos de racionalización.

(Otra vez buscando indicios de vivencia de identidad del self clara o indicios de intencionalidad secundaria, y veo déficit).

Killingmo dice que cuando hay patología por déficit aparecen fenómenos de lo que él llama *intencionalidad secundaria* (concepto introducido al inicio de este trabajo): la persona no tiene la capacidad para experimentar la representación del sí mismo como responsable de sus necesidades y sentimientos.

Sus padres querían que fuera a una psicóloga que ellos conocían. La madre le recrimina luego de la primera entrevista conmigo que no lo estoy ayudando y que debía haber ido a la que ellos le habían recomendado. Entonces Julián le explica a la madre que esto lleva tiempo y que él no iría a una profesional que conociera a sus padres. Defiende este espacio terapéutico después de sólo una entrevista, y esto es un buen indicio (Bleichmar, 1997).

(Por los datos que voy teniendo puedo decir que tiene una familia rígida, que impone, que descalifica, frente a lo cual él se desregula. Que ante la desregulación, tiene una forma de reaccionar esquizoide -defensiva- y con un grado de afección emocional muy elevado).

Julián habla de tristeza. Veo desesperanza e indago sobre ella:

J: Siento tristeza. Siento como más difícil e imposible lo que quiero llegar a conseguir.

T: ¿Qué es lo que quieres llegar a conseguir?

J: Independencia, tener un trabajo y llevarme bien con mi familia. (Y agrega:) antes de que se mueran...

Pensamientos del terapeuta 4

- Fenómenos de **intencionalidad secundaria**: no tiene la capacidad para experimentar la representación del sí mismo como responsable de sus necesidades y sentimientos. (signos de déficit)
- Familia rígida, que impone y que descalifica.
- Forma esquizoide (defensiva) de reaccionar ante la desregulación y con elevado grado de afección emocional.

(Él ve como lejano e imposible por ahora, llegar a los objetivos que quiere lograr y esto le genera un sentimiento de impotencia, agresividad, sensación de fracaso, depresión).

Sentimientos Estado Depresivo

- Impotencia.
- Agresividad.
- Fracaso.
- Depresión.

En su relato existen quejas sobre el comportamiento de su familia, pero su reacción es lo que me parece más importante de entender. Él se identifica con la reacción del otro a su self: lo tratan entre algodones, como un niño al que hay que tener cuidado de lo que se le dice y él no tiene la postura de un hombre de 24 años, se ofende, se va dando un portazo y se encierra en su cuarto. Lo tratan como alguien débil y él se debilita.

Respecto de este tema dice:

J: mis padres me han educado para no defenderme, y eso me ha llevado a donde estoy, a tener que aguantarme.

Recuerda a un amigo del colegio que se metía con él, con quien hubiera querido mantener la amistad, pero sin embargo decidió que no quería ser más su amigo. Su conducta fue evitativa. Evitó el enfrentamiento en lugar de resolver la dificultad y continuar con la amistad tal como a él le interesaba.

Nos transmite la idea de una representación del self como débil, temeroso, avergonzado, que no se defiende. Él lo que defiende es un espacio aislado. Al mismo tiempo quiere llevarse bien con los demás pero no tiene recursos para cumplir con su objetivo. Además, cuando registra esos sentimientos que van en contra de los valores paterno/maternos de sumisión como sinónimo de bondad, con los que se ha identificado, se siente un fracaso.

Hipótesis que voy planteando en mi mente

(Me va quedando claro que es un caso en que la exploración en la biografía o las relaciones nos dará más material de comprensión, pero siento que desde el punto de vista terapéutico trabajaría primero la reafirmación de sus vivencias y en un segundo tiempo, si es o no funcional su modo de reaccionar. A causa de su hiperfragilidad emocional y narcisista, cualquier cosa lo hiere. Como él no aprendió a defenderse, se retraumatiza día a día al seguir aumentando la fragilidad a medida que pasa el tiempo y continúa sin poder modificar sus mecanismos, encerrándose y aislándose como modo defensivo. Esto hace que se debilite aún más. No puede reaccionar y hacer algo asertivo con la rabia.

Vemos un superyó exigente con los imperativos materno/paternos que forman parte suya pero frente a los que no tienen ninguna libertad interior para saber qué es lo que quiere realmente. Está muy perturbado.

Si él se siente invadido en la relación, la única forma de defensa que encuentra y puede implementar es el aislamiento, que le proporciona mayor dolor. El aislamiento es lo que siente que lo organiza. Pero lo que hace es encerrarlo en su propia dinámica sin ningún cambio.

Hay una representación del mundo peligrosa, amenazante, como así también podemos inferir, una representación de sí mismo como peligrosa frente a sus propias vivencias discordantes con los ideales superyoicos.

¿Deberíamos pensar en que debe cambiar la representación del mundo para que se torne menos amenazante y por tanto se encierre menos? o ¿Hay que ayudar a reforzar la imagen de un self con recursos?)

Hipótesis

- Hiper-fragilidad emocional y narcisista.
- Re-traumatización por aislamiento.
- Representación amenazante del mundo.
- Falta de recursos del self.
- Trabajar:
 - Reafirmación de sus vivencias.
 - Efectividad de sus recursos actuales.

Fragmentos en los que indago sobre frases del paciente, cargadas de emocionalidad

1: “Siento que me piden demasiado”

T: ¿Qué sientes?

J: Antes era rabia, mis hermanos se burlaban de mi carrera, como si ellos hicieran una carrera más valiosa y como diciendo que la mía es muy fácil y me auguraban más futuro.

T: ¿Qué hiciste con la rabia?

J: Hice la carrera e intenté demostrarles que podía progresar. Es como si mi familia no reconociera el esfuerzo que hago. Siempre me ha costado mucho expresar lo que me pasa ante mi familia ya que con cada cosa que digo alguien termina llorando, por eso, fui dejando de hacerlo.

T: ¿Por qué dices que alguien terminaba llorando cómo era eso?.

J: Porque digo cómo me siento y ellos sueltan lo que han guardado desde hace años

T: ¿Qué crees que piensan de ti?

J: No sé, mis padres dicen que me tenían miedo cuando era la época de las peleas y yo terminaba gritando, pero no me escuchaban (Todo lo cuenta llorando).

2: “Me preocupa mucho tener un sitio donde dejar las cosas”

T: Cuéntame de esa preocupación.

J: Me preocupa que necesito una habitación como punto de partida. Pienso mucho en el espacio, donde puedo volver, donde dejar las cosas, sin tener que cambiar a otro sitio

(En este momento recuerdo a Thomas Stearns Eliot, quien en su libro titulado *Cuatro Cuartetos*, dice: “Hogar es el lugar donde empezamos” (Placencia, 2011).

T: ¿Como vives el espacio que ocupas tú mismo?

J: En el sitio que siento todo más pequeño es en mi casa. En otros países o lugares todo me parecía más grande. Nunca he tenido mi habitación, siempre tuve que compartir

Le digo que lo importante será lograr entender por qué para él ha sido tan significativo y tan importante sentir que arranca de un lugar que es amplio para moverse que le da margen y que además voy pensando en la intimidad y cómo la ha podido vivir

Dice que tiene la sensación de que tiene que esconder ciertas cosas porque sus padres han cogido cosas sin decirle nada y han desaparecido.

J: Nadie es capaz de llamar a la puerta. Parece que les molesta que pidas que llamen antes. Mi padre entra sin decir nada. Mi madre lo hace a escondidas y te quita cosas.

T: ¿A qué te refieres?

J: Por ejemplo, a que me quitaron una camiseta de un grupo que no les parecía adecuada o unas fotos

de una amiga que no aparecen por ningún sitio. No pregunto porque sé que me van a mentir pero supongo que me las han quitado.

También hizo referencia a otras escenas amenazantes especialmente de la madre con respecto a sus pantalones gastados o rotos de moda, dando a entender que entraría de noche a rompérselos.

J: Mi hermana me contó su experiencia de acoso y que mis padres no supieron reaccionar cuando ella les contó lo vivido en su trabajo. En ese momento, ella lloraba. Mis padres la dejaron llorando en su habitación, para que se calmase y la ayudaron a pensar en la denuncia recién al día siguiente.

(Nos muestra unos padres que no tienen recursos para cumplir con una función calmante en los hijos, no pueden proteger ni brindan un modelo de identificación de objeto regulador de las emociones. Y Julián es un joven atemorizado).



Escenas significativas

Mostraré a continuación tres escenas como ejemplo de tres aspectos diferentes de su funcionamiento psíquico:

A) ejemplo de cómo maneja su reacción y qué recursos utiliza.

B) ejemplo de cómo se activa su reacción.

C) ejemplo de la dinámica con sus amigos.

Escena A: Ejemplo de cómo maneja su reacción y qué recursos utiliza.

Cuando preparaba un encargo laboral trabajando en el ordenador, su jefa, ubicada a su lado, le hablaba continuamente, indicándole cómo debía hacer el trabajo, pero además, hablaba continuamente de diferentes temas. Julián no tenía gafas pues estaban rotas y estaba cansado.

J: Mi jefa me dice: “¡Me dijo el jefe anterior que te puedo meter caña!” () Y no paraba de hablar () Necesito indicaciones y le digo: “es que me hablas tanto y me distraes” . Ella me dice que tengo que acostumbrarme y seguía hablando. No me hacía caso y me estresaba. Como estaba atendiendo al ordenador, no sabía a qué prestar atención ya que hablaba continuamente. Ella empezó a notar mi tensión. Me pregunta, “¿estás bien?”, “no, no estoy bien”, le digo, me equivoco; y ella empieza a cabrearse. Me dice: “¿Qué haces?” “¡ Es que me pones nervioso!” , le digo. Ella me dice “¡Déjalo ahí!” y ¡empieza a amenazar! ¡Tensión! Me entra la tentación de dejar todo e irme. Pero me quedo.

T: ¿Cómo decides quedarte? ¿Qué piensas para llegar a esa conclusión?

J: No quise darle la oportunidad de que diga que a mí se me fue la olla ¡Ella abusaba de su lugar de poder!

Julián se queda pero ella decide que no le hablará más ni le dará indicación alguna. Como él no quiere gritar ni tratarla mal, dice que él se hace la víctima para lograr que ella se aplace, pero ella no se aplaca sino que lo ataca más. Él se queda callado y luego se va y empieza a rumiar:

J: No voy a volver () y decidí escribir una carta de reclamación al director general, tratando de ser objetivo () Y pensé: mientras me lo hacen no digo nada y lo hago luego

Aceptaron su reclamación y se solucionó.

Escena B: Ejemplo de cómo se activa su reacción.

Fue con un amigo a la Sierra. Se levantaron para ir a desayunar, buscaban un sitio, y se preguntaban cuál sería mejor. Y a él esa sola pregunta ya le empezó a poner nervioso. Y dice:

J: Por pensar en un sitio, tener que elegir. Identifico que cuando estoy con alguien, me pregunto ¿qué quiero? Y me doy cuenta que me da igual cualquier sitio. Entramos en un bar después de discutir esto, no teníamos plan, había que escoger para desayunar y pensaba: no debería ser tan difícil, sé lo que me gusta pienso que estoy en situación de alerta, nervioso y a partir de allí un pensamiento lleva al otro y entro en un círculo sin sentido y sólo siento ansiedad. Luego al salir a andar se me pasa se me hace un nudo en la garganta, le cuento a mi amigo lo que me pasó y se corta el círculo y recién puedo disfrutar de la aventura.

T: ¿Qué le explicas a tu amigo al salir?

J: Le digo que me estoy agobiando y que no sé qué me pasa.

Entonces, le digo que a él lo que lo calmó fue que el amigo lo escuchara y le permitiera hablar sobre lo que le pasaba y que pudiera entender lo que él estaba viviendo. También le explicito que él no se anima a desear, que parece que todo le diera igual porque inhibe su deseo, por miedo

Entonces, en sesión, identificamos el activador con el objetivo de mentalizar sus estados emocionales. ¿Qué activa la ansiedad en esta escena? ¿Su necesidad superyoica de estar a la altura?, ¿su miedo a no estarlo? Así como también señales presimbólicas: un mal gesto de su amigo, como reprobando, un tono de voz, cualquier señal que pueda activar de forma automática su ansiedad. Identificamos varios activadores presimbólicos.

Escena C: Ejemplo de activadores presimbólicos y sus efectos.

Fue a hacer un trámite y pensó que le daría tiempo para llegar a encontrarse con sus amigos. Él quería ir pero tuvo que volver a su casa para cambiarse y se le hacía tarde. En ese momento llama uno de sus amigos, él cambia el tono de voz ya que se siente pillado el otro lo nota raro y le dice: “¿es que no vas a venir? ¿Por qué prometes algo que luego no vas a cumplir? ¡Te estamos esperando para salir!” Julián había pensado: “Si paso por casa no llegaré a tiempo pero estaré más cómodo”, y así lo hizo sin comunicarlo, por eso cuando llama el amigo se siente pillado. Utiliza un tono (como esquivo) que su amigo interpreta como si su intención fuera no concurrir al encuentro. Julián tanteaba si su amigo estaría enfadado o no, y, ante el tono del otro, empieza a sentir que no tiene ganas de ir y también le quita las ganas el hecho de que el amigo dé por sentado que él no quiere ir.

Vemos varios activadores de bajo nivel de simbolización. Una llamada donde se siente en falta provoca en él una respuesta dubitativa de la que no es consciente, que despierta dudas en su amigo. Pone en marcha una reacción automática que cambia su tono de voz, siente ansiedad, por miedo, y genera un circuito de enredos que llevan a desencuentros importantes.

Diagnóstico dimensional

Pienso en una personalidad con rasgos límites.

Un trastorno narcisista con déficit en la experiencia del self, en el sentimiento de seguridad básica, en la capacidad de regulación y apaciguamiento psicobiológico, en la capacidad para estar solo (o a solas).

Descompensaciones en el sistema del narcisismo, interrelacionados con desbalances en los sistemas de autoconservación y sensual-sexual.

Un psiquismo con las siguientes características:

Sentimiento inconsciente de impotencia/desvalimiento como organizador básico de la personalidad, base de su depresión narcisista. En él aparecen *pensamientos rumiativos*, que le dan una sensación de dominio de la realidad cuando no está transformando nada sobre ella. Son defensas que transforman sus estados internos, y crean un dominio mágico de la realidad.

La rumiación es una dimensión transtemática y transcategorial. Es un rasgo que aparece en varios cuadros y es un factor predictor de depresión.

Desde el punto de vista de la modularidad del psiquismo y su articulación de componentes que nos ayudan a bosquejar un perfil específico de cada paciente (Bleichmar, 1997), entiendo que este sentimiento de impotencia se articula con angustias fóbico-persecutorias: Julián cada vez que siente “yo no puedo” o siente miedo, sea cual fuera la circunstancia, evoca en su mente una fantasía de que alguien lo va a acusar (Véase la escena C).

Su interrogante sobre la posibilidad de realización de su deseo es captado, la mayor parte de las veces, dentro de un código persecutorio, por lo que sus sentimientos suelen ser de susto o de alivio. En pocas ocasiones usa un código narcisista, que le permite sentirse orgulloso o dolorido. A veces son ambos códigos los que pone en funcionamiento.

Diagnóstico

- *Personalidad con rasgos límites.*
- *Trastorno narcisista con déficit :*
 - en la experiencia del self.*
 - en el sentimientos de seguridad básica.*

¿Cuándo hablamos de déficit?

- 1- Cuando aparecen fenómenos de lo que Killingmo llama intencionalidad secundaria (Bleichmar, 1997).
- 2- Cuando el objeto externo dejó de aportar elementos esenciales para la constitución de ciertas funciones psíquicas.
- 3- Cuando el objeto externo persiguió, atemorizó, culpabilizó, traumatizó, controló.
- 4- Por inscripción patológica originaria: por identificación del sujeto con la patología de sus padres, en este caso, el trabajo que hay que hacer es de reestructuración del mundo representacional del sujeto (Bleichmar, 1997).

Origen de las causas del déficit

- *Por falla ambiental.*
- *Por características intrapsíquicas.*
- *Y la influencia recíproca entre ambas.*

Con respecto a la regulación emocional. Identificación de secuencias

Como vimos anteriormente, otro aspecto importante a tener en cuenta es que muchas de sus reacciones tienen que ver con activación de respuestas automáticas, presimbólicas, o con bajo nivel de simbolización.

En el diseño del camino terapéutico con este paciente, no estoy mirando tanto las ideas, sino los estados afectivos y sus secuencias.

¿Qué secuencias fuimos identificando? Cuando siente miedo, se activa en él la agresividad, luego implementa conductas con una intencionalidad de forzar al otro o apelar al otro. Al fracasar en este intento, aparece un sentimiento de impotencia que lo lleva a la depresión. El sentimiento de impotencia es secundario al estructural que hace que esté posicionado desde el comienzo con una gran vulnerabilidad frente a los otros.

Regulación Emocional

- Gran intensidad emocional.
- Reactividad emocional importante.
- Activación de respuestas automáticas, presimbólicas, o con bajo nivel de simbolización.

Secuencia de estados afectivos.

Sentimiento básico de impotencia/desvalimiento-miedo-agresividad-forzamiento al otro-fracaso-depresión.



Secuencia de reacciones automáticas.

Hay muchos ejemplos de situaciones tanto relatadas como en sesión donde Julián reacciona de forma automática a indicadores procedimentales (un gesto, una expresión, una imagen) con conductas de carácter per-

secutorio. La angustia persecutoria que se activa tiene bajo nivel de simbolización (un ruido, un portazo, un gesto). Son estos aspectos procedimentales, nunca pensados y nunca explicitados, los que lo llevan a tener sus ataques de ansiedad y a querer irse por ejemplo de una discoteca o un bar estando con sus amigos.



Objetivos terapéuticos

Una posibilidad de trabajo con Julián sería, desde la perspectiva evolutiva, ayudarlo a desarrollar y vivir aquellos aspectos del self que han quedado abortados o reducidos a causa de la presión parental y el modo en que él la ha vivido. Lo terapéutico sería lograr que pueda desarrollar los aspectos deficitarios del self necesarios para que pueda alcanzar sus objetivos:

- Expandir su self.
- Acrecentar sus posibilidades vivenciales, gracias a que llegue a sentir un self más fuerte y valorado.
- Desarrollar capacidad de auto-regulación emocional.
- Construir la capacidad para estar solo libre de ansiedad.
- Disminuir su grado elevado de vulnerabilidad.
- Crear un mundo representacional más realista y menos persecutorio.
- Desarrollar recursos de autocuidado y para las relaciones interpersonales.

Para todo ello tendré en cuenta no apresurarme con los objetivos, para ir dando el tiempo necesario al paciente en su proceso.

Objetivos terapéuticos

- *Expansión experiencial de su self.*
- *Construcción de un self fuerte y valorado.*
- *Desarrollo de capacidades deficitarias:*
 - *De auto-regulación emocional.*
 - *Capacidad para estar solo (o a solas) libre de ansiedad.*
 - *Disminución de grado elevado de vulnerabilidad.*
 - *Modificación de los procesamiento inconscientes: forma de reaccionar a nivel afectivo y neurovegetativo.*
 - *Modificación del mundo representacional persecutorio.*
 - *Desarrollo de recursos interpersonales y de autocuidado.*

Intervenciones terapéuticas

Para diseñar el trabajo sobre la regulación emocional en este paciente, tomaré en cuenta el concepto de *transformación referenciada* que plantea Bleichmar (2006).

La *transformación referenciada* no es una cuestión cognitiva. Se refiere a la intervención del terapeuta, que devuelve lo mismo que trae el paciente pero con un estado emocional diferente. Se trata entonces de devolver el estado emocional modificado, no sólo el contenido. Este proceso se realiza por fuera de la conciencia.

Bleichmar recoge los planteamientos de Gergely y Watson, para explicar que lo interno provoca una modificación en el exterior y esta modificación permite cambiar algo interior. *Sin ese referente externo* no podría haber autorregulación pues no se poseería ninguna información del estado emocional interno. Este proceso de regulación se posibilita, siendo el terapeuta el referente externo que, con su propia emocionalidad, va permitiendo que el paciente acomode su estado afectivo al que percibe en el terapeuta (Bleichmar, 2006).

Trabajando la Regulación emocional

Transformación referenciada: (Bleichmar, 2006).

- Proceso por el cual alguien se modifica tomando como punto de referencia a un indicador externo o interno.
- Intervención del terapeuta, que devuelve lo mismo que trae el paciente pero con un estado emocional diferente.
- Devolver el estado emocional modificado, no sólo el contenido.
- Se realiza por fuera de la conciencia.

Para diseñar el trabajo sobre la patología por déficit tomaré en cuenta los postulados de Bleichmar, así como las referencias a Killingmo de dicho autor (Bleichmar, 1997).

Respecto del paciente con déficit, Killingmo propone “dejar ser” al paciente, realizando *intervenciones afirmativas*. De lo que se trata es de ayudar al paciente a sentir que algo existe, que la angustia que se experimenta corresponde a una situación que se vivió y que no se pudo dotar de significado.

La función de la intervención afirmativa es sacar al sujeto de la duda, devolverle un sentimiento de identidad de su self, de validez de su experiencia, todo ello amenazado por las dudas sobre una realidad que le es mistificada por una figura externa que le impide representarse aquello que el sujeto está viviendo. (Bleichmar, 1997, p. 170).

Lo afirmativo no depende de las palabras, puede ser transmitido por medio de un silencio pertinente.

Estas intervenciones preparan el terreno para posibles interpretaciones, que podrán tener efecto si son aportadas con posterioridad a la constitución de una diferenciación sí mismo-objeto, que todavía no se ha alcanzado. Este trabajo le va a permitir más adelante poder indagar sobre lo reprimido, con ansias por saber de sí, pero para ello, primero tiene que afirmar sus vivencias, y creer en ellas, para que su pensamiento también tenga base en una realidad.

Otras propuestas terapéuticas tenderán a que el terapeuta contribuya a completar funciones en el paciente, que este no ha logrado estructurar. Como la transferencia por déficit es preestructural, el paciente no podrá lograrlo por sí solo, requiere de la validación por parte del analista de sus experiencias, validación que contribuirá a calmar su angustia. Yo como analista cumpliría la función de objeto del self con Julián, estimulando la construcción de estructuras que no se han diferenciado en un momento del desarrollo.

Trabajando la patología por déficit

Intervenciones afirmativas: permiten al paciente sentir que la angustia que se experimenta corresponde a una situación que se vivió.

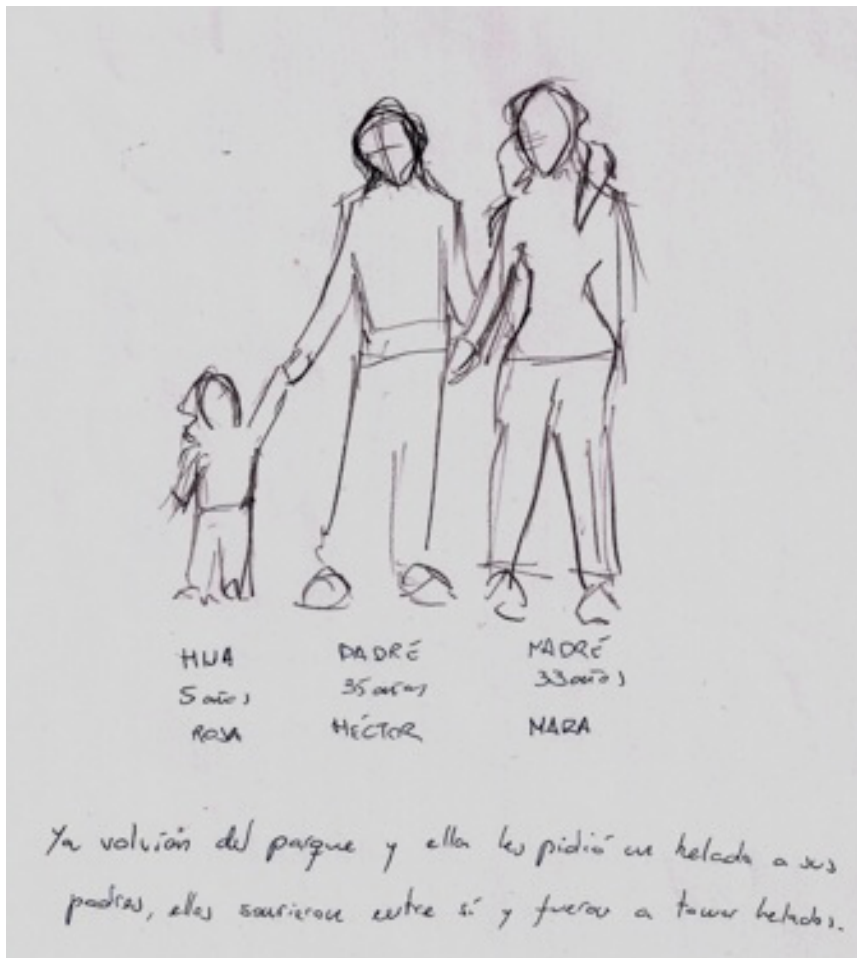
- Completar funciones que el paciente no ha logrado estructurar.
- Calmar la angustia: función de auto apaciguamiento.
- Validar su experiencia angustiante desorganizadora.
- Crear un self que se viva como núcleo de sus experiencias.
- Crear recursos interpersonales.
- Desarrollo de capacidad de mentalización.

Indicadores de progreso en dibujos

El dibujo es una forma de expresión, un lenguaje particular que permite representar lo vivenciado. Esta posibilidad de representación simbólica es producto del encuentro entre los deseos y motivaciones del sujeto, sus defensas, las angustias, el tipo de pensamiento predominante y el funcionamiento psíquico. El análisis del dibujo debe hacerse dentro del contexto del tratamiento psicoanalítico referido a la historia particular de cada

sujeto sin realizar interpretaciones en base a simbolismos universales. El dibujo nos proporciona datos evolutivos del psiquismo del paciente. Es muy importante tomar en cuenta en el análisis de esta expresión simbólica los gestos, las secuencias, y el dibujo como acto del paciente que dibuja, y no el dibujo en sí. El dibujo permite el acceso al inconsciente, que se muestra con diferentes transformaciones que se deben descifrar. Además, el dibujo no es sólo un efecto, sino que también puede crear psiquismo y complejización psíquica (Janín, 2013).

(Dibujo 1): Imagen gráfica realizada en la primera entrevista.



Historia
 “Ya volvían del parque y ella les pidió un helado a sus padres, ellos sonrieron entre sí y

fueron a tomar helados”.

De todo lo que podríamos analizar de este gráfico, voy a tomar aquello que nos ilustra este trabajo. Veo una familia que no favorece la diferenciación ni la independencia. Aparecen las fallas empáticas de los padres, no son padres que vean al niño/a en sus necesidades. No hay rostro. Podría significar, desde mi punto de vista, varias cosas, pero me parece un apoyo a las hipótesis de falta de mentalización y dificultad en su relación con la familia. Vemos una familia sin apoyo, sin sostén. Miran pero no tienen ojos por tanto no ven, no pueden conocer al niño y él tampoco se conoce ni conoce a los otros.



(Dibujo 2): Dibujo de la familia después de un año de tratamiento.

Historia

“Ella y él llevaban al pequeño por el paseo marítimo a dar una vuelta y podían oler el aire salado del mar”.

Veo varios signos de evolución, pero resaltaré algunos que nos pueden interesar para este trabajo. Aparecen los rostros. Se siente más mirado. Y él puede conocer algo más sobre la mente de los otros, además de estar en proceso de vivir su self como núcleo de sus vivencias. Aparece en la historia un elemento sensorial reconocido por ellos que además aparecen más diferenciados. Esta madre aquí aparece con rasgos persecutorios. El primer dibujo, transmite frialdad como tono emocional. En el segundo dibujo, los personajes de la familia, miran de frente, tienen cara y demuestra evolución, pero ven a un niño pequeño. Se aprecia así mismo evolución en el contacto, aunque queda mucho por trabajar.

Progresos significativos del último período

Después de 8 meses de tratamiento, logró preparar su propio proyecto laboral.

Han disminuido los ataques de ansiedad en frecuencia y en intensidad. No tiene dolores.

Sale y puede disfrutar con los amigos pero también se respeta sus tiempos y no deja que llegue a extremos en que se dispara la ansiedad.

Va pudiendo vivenciar su self como núcleo de sus experiencias y la influencia que tienen sus conductas sobre los otros.

Puede hablar con más objetividad de sus padres

Va incorporando el humor.

Se habilita a aconsejar a sus amigos sobre problemas familiares o laborales.

Al cabo de un año de tratamiento, comienza a interrogarse sobre su modo defensivo del aislamiento, quiere identificar qué lo lleva a aislarse y tener más opciones en momentos de ocio.

Va pudiendo mentalizar sus estados emocionales y tener más idea de las intenciones de los otros. A esta capacidad se la llama teoría de la mente, y es la habilidad de un sujeto para comprender y reflexionar sobre el estado mental de sí mismo y del prójimo, desarrollando la posibilidad de predecir la conducta de otras personas, sus emociones, sus creencias, sus intenciones, etc.

Referencias

- Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona: Paidós.
- Bleichmar, H. (2006). Hacer consciente lo inconsciente para modificar los procesamiento inconscientes: algunos mecanismos del cambio terapéutico. *Revista Aperturas Psicoanalíticas*, 22. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000369&a=Hacer-consciente-lo-inconsciente-para-modificar-los-procesamientos-inconscientes-algunos-mecanismos-del-cambio-terapeutico>
- De Filpo Beascoechea, M^a. E. (2011). A modo de introducción al Enfoque Modular Transformacional (E.M.T.) de Hugo Bleichmar. *Revista ConViviendo, Boletín Científico 31. Grupo ConVivir*. Recuperado de http://www.convivirgrupo.com.ar/images/boletin/boletin_31.pdf
- Janín, B. (2013). *Intervenciones en la clínica psicoanalítica con niños*. Buenos Aires: Noveduc.
- Killingmo, B. (1989). Conflicto y déficit - Implicancias para la técnica. *Libro anual de psicoanálisis del International Journal Psychoanalysis*, 70, 111-126.
- Marrone, M. (2001). *La Teoría del Apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Méndez, J. A. e Ingelmo, J. (2009). *La psicoterapia psicoanalítica desde la perspectiva del enfoque modular transformacional. Introducción a la obra de Hugo Bleichmar*. Madrid: Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica.
- Placencia, J. (2011). *Traducción Cuatro Cuartetos. T.S. Eliot*. Recuperado de <http://www.jesusplacencia.com/index.php?otros/traduccion/>
- Winnicott, D.D. (1965). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.

Manuscrito recibido: 20/04/2015

Revisión recibida: 13/05/2015

Manuscrito aceptado: 14/05/2015